

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**IL TRIBUNALE DI PALERMO**  
**TERZA SEZIONE CIVILE**

in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Angela Notaro, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 17318/16 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi vertente

TRA

**M. F.**, nato a *omissis il omissis*, **M. M.**, nato a *omissis il omissis*, **M. A.**, nata a *omissis il omissis*, **M. C.**, nata a *omissis il omissis*, **M. S.**, nata a *omissis il omissis*, tutti elettivamente domiciliati ai fini del giudizio in Palermo, piazza San Francesco di Paola, presso lo studio dell'avv. Ugo Pecoraro, rappresentati e difesi dall'avv. Pietro Enzo Gangitano, giusta procura speciale in calce all'atto di citazione;

ATTORI

CONTRO

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIOACCONE"**, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale a Palermo, via del Vespro n.129, elettivamente domiciliata ai fini del giudizio in Palermo, piazza Virgilio n.15, presso lo studio dell'avv. Salvatore Gentile Alletto del Foro di Palermo, dal quale è rappresentata e difesa, giusta procura speciale su foglio separato allegato alla comparsa di costituzione e risposta;

CONVENUTA

E

**P. G.**, nato a *omissis (omissis) il omissis*, elettivamente domiciliato ai fini del giudizio in Palermo, via Ruggero Settimo n.55, presso lo studio dell'avv. Giuseppe Di Bella, dal quale è rappresentato e difeso, giusta procura speciale su foglio separato allegato alla comparsa di costituzione e risposta con richiesta di chiamata di terzo;

CONVENUTO

E

**UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.**, con sede legale a Bologna, via Stalingrado n.45, in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata ai fini del giudizio in Palermo, piazza Virgilio n.15, presso lo studio dell'avv. Salvatore Gentile Alletto, dal quale è rappresentata e difesa giusta procura speciale su foglio separato depositata telematicamente in allegato alla comparsa di costituzione e di risposta;

TERZA CHIAMATA IN CAUSA  
DAL CONVENUTO P.

**OGGETTO:** lesione personale - responsabilità professionale

Conclusioni delle parti: all'udienza di trattazione scritta del 13 maggio 2021, le parti precisavano le conclusioni come da note di trattazione scritta da intendersi qui integralmente richiamate.

## IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione debitamente notificato il 17 ottobre 2016, M. F., M., A., C. e S., tutti in proprio e nella qualità di eredi di M. V., rispettivamente, moglie di M. F. e madre di M. M., A., C. e S. convenivano in giudizio dinanzi a questo Tribunale l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" (d'ora innanzi denominata soltanto Azienda Ospedaliera) e il Prof. P. G. per sentire accertare la responsabilità esclusiva della struttura e del sanitario, in solido, nella causazione della morte della paziente loro congiunta M. V., e per sentirli condannare, quindi, al risarcimento dei danni non patrimoniali da loro patiti *iure proprio* (sub specie di danno da perdita del rapporto parentale) e *iure hereditatis* (sub specie di danno biologico terminale e catastrofico) quantificati nella somma complessiva di € 1.200.000,00 o nella diversa somma ritenuta di giustizia, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali.

La convenuta Azienda Ospedaliera, costituitasi, deduceva l'infondatezza delle domande attoree sia nell'*an* che nel *quantum*.

Anche il convenuto prof. P. si costituiva in giudizio, eccependo in via preliminare il difetto di legittimazione attiva degli attori per omessa dimostrazione della qualità di eredi con riferimento alle pretese risarcitorie *iure hereditatis* e, nel merito, negava ogni sua responsabilità medico-sanitaria. Chiedeva comunque di chiamare in causa propria la compagnia assicurativa Unipolsai Assicurazioni s.p.a. per tenerlo indenne da ogni esborso, in caso di soccombenza anche parziale.

La società Unipolsai Assicurazioni s.p.a. (d'ora innanzi denominata soltanto Unipolsai), costituitasi, eccepeva l'inoperatività della polizza perché a secondo rischio e comunque i limiti della franchigia, associandosi alle difese del suo assicurato per quanto concerne la infondatezza delle pretese attoree. La causa, quindi, all'udienza di trattazione scritta del 13 maggio 2021, dopo l'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio e il rigetto delle prove orali di parte attrice, veniva posta in decisione sulle conclusioni delle parti di cui in epigrafe, con assegnazione dei termini di cui all'art.190 c.p.c.. Ciò premesso, la domanda è infondata.

E' noto che, secondo l'orientamento consolidato della Suprema Corte di Cassazione - che si condivide - la responsabilità della struttura sanitaria ha fonte in obbligazioni in parte diverse da quelle la cui violazione genera la responsabilità del singolo medico, di cui tuttavia condivide l'intima natura.

La responsabilità della struttura, infatti, ha carattere contrattuale, avendo il rapporto tra il paziente ed ente ospedaliero (o casa di cura) fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui insorgono obbligazioni di natura mista a carico dell'ente ("*l'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità con la medesima: Cass. civ. n. 24791/2008*): ossia quelle derivanti da un rapporto di carattere *latu sensu* alberghiero e quelle di organizzazione di strutture e di dotazioni, anche umane, con la conseguente messa a disposizione del personale medico ausiliario e paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr., sul punto, anche Cass. civ. n. 1698/2006 e n. 13066/2004).

Inoltre, la responsabilità della struttura sanitaria può conseguire, ai sensi dell'art.1218 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto." ( in tal senso Cass. n. 18610/2015, vedi anche Cass. n. 1620/2012, n.10612/2012 e n. 13953/2007).

Per quanto concerne la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, la legge n.24/2017 c.d. Gelli - Bianco (entrata in vigore l'1.04.2017, ossia dopo l'introduzione del presente giudizio) ha previsto che il sanitario risponda del proprio operato ai sensi dell'art.2043 c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Si ritiene che detta legge non operi retroattivamente e quindi non sia applicabile alla fattispecie in esame, in quanto innovativa - modificativa del regime giuridico della responsabilità che vigeva anteriormente secondo il diritto vivente giurisprudenziale consolidato.

Come è noto, infatti, ante legge Gelli - Bianco, la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione aveva qualificato la responsabilità del sanitario in termini di responsabilità contrattuale ( cfr. Cass. n. 15490/2014, n. 20904/2013 n.15993/2011).

Ora, dalla qualificazione contrattuale della responsabilità della struttura e dei sanitari discendono le conseguenze in punto di valutazione della diligenza e di ripartizione dell'onere probatorio, illustrate da numerosi recenti arresti della giurisprudenza di merito e di legittimità, alla luce del cd. principio di vicinanza della prova.

Prima della sentenza n. 13533/2001 della Corte di Cassazione a sezioni unite, era diffusa l'idea che la ripartizione dell'onere probatorio in caso di responsabilità medica dovesse fondarsi principalmente sulla difficoltà della prestazione, in forza di una interpretazione che tendeva a sopravvalutare gli effetti dell'art. 2236 c.c. sulla finale allocazione della cd. alea terapeutica.

Questa regola interpretativa, in punto di prova dell'inadempimento, è stata tuttavia superata con la citata pronuncia del 2001, graniticamente seguita dalla giurisprudenza successiva, che ne ha fatto ampia applicazione in tema di responsabilità medica.

E' ormai pacifico, infatti, che in tema di responsabilità contrattuale del medico nei confronti del paziente, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare qualificate inadempienze, astrattamente idonee a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo, invece, a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante ( vedi Cass. n.24073/2017, n. 975/2009, n.577/2008 e n. 11488/2004).

Peraltro, la giurisprudenza ormai consolidata della Suprema Corte ha precisato che: *«sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c. solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata»* (in tal senso, il principio di diritto affermato da Cass. n.18392/2017 e n. 26824/2017; conformi le successive Cass. n.29315/2017, n. 3704/2018 e n.19199/2018).

Così precisati la natura della responsabilità e la ripartizione dell'onere della prova, è necessario chiarire quale debba essere il criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente.

In proposito, i giudici di legittimità hanno di recente affermato: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa*

dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte: "In questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito" (così la citata Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).

Ebbene, nella specie, difetta la prova sia della condotta colposa del sanitario e della struttura sanitaria convenuti, che del nesso eziologico tra la condotta e il danno lamentato.

Già a seguito del fatto per cui è causa, si era aperto un procedimento penale a carico del medico P. G. iscritto al r.g.n.r. 20290/2012 e r.g. Tribunale 7632/2014, con l'imputazione del reato p. e p. dall'art. 589 c.p.c. perché, quale medico che il giorno 28.09.2012 ebbe ad eseguire, in sequenza, una esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e colonoscopia su M. V., all'epoca di anni 73, ipertesa e affetta da blocco di branchia destra completo, sovraccarico del ventricolo sinistro e turbe ventilatorie, come da referto della visita cardiologica del 21.09.2012, in quel momento in stato di ansietà elevata, per colpa consistita in particolare:

- nel non valutare correttamente le pregresse condizioni di ipertensione e blocco di branchia destro, risultanti dal referto di visita cardiologica effettuata il 21.09.2012, certificato consegnato dalla paziente ed evidentemente non valutato;

- nel non effettuare un esame obiettivo mirato all'apparato cardiorespiratorio e cardiocircolatorio, esame che avrebbe dovuto indurre l'endoscopista a richiedere l'assistenza di un anestesista per la sedazione cosciente operata o ad optare per l'anestesia generale;

- nel somministrare il farmaco per la sedazione cosciente (Midazolam) in dosi di 5 mg in un unico bolo all'inizio dell'EGDS (anziché a dosi 0,5 - 1 mg quale dose iniziale e 0,5 - 1 mg quali dosi successive ad intervalli di 2-3 minuti per un totale di 3,5 mg. Max ovvero anche 2/2,5 mg in bolo unico accompagnato da ossigenoterapia supplementare), quindi di fatto effettuando un sovradosaggio ed in unica soluzione del farmaco in una paziente anziana ed affetta a comorbilità, fatto determinante maggiore depressione respiratoria e maggiore ipoanossiemia;

- nel non effettuare adeguato monitoraggio durante le procedure endoscopiche, non risultando alcun dato relativo alla osservazione clinica del livello di coscienza, della ventilazione polmonare, della ossigenazione e della funzione cardiovascolare, né monitoraggio, mediante capnografia, della pressione parziale di CO<sub>2</sub> di fine respirazione (PET CO<sub>2</sub>), né della pressione arteriosa sistemica, né effettuato in continuo elettrocardiogramma al monitor, monitoraggi che, ove effettuati, avrebbero consentito di riconoscere l'esordio della depressione respiratoria e dunque di insorgenza di arresto cardiaco;

- così per colpa cagionava e comunque non tempestivamente riconosceva e trattava l'esordio dell'arresto cardiaco che, manifestatosi alle ore 11:42 al termine delle procedure endoscopiche, veniva trattato per alcuni minuti (3 o 4) solo mediante massaggio cardiaco e ventilazione con Ambu e non con defibrillatore o supporto vitale avanzato, presidi posti invece in essere dal rianimatore e cardiologo intervenuti alle ore 11,45 (procedendo immediatamente ad intubazione oro tracheale, ventilazione con Ambu + O<sub>2</sub> a 5 litri al minuto e somministrazione di adrenalina, oltre a continuare il massaggio cardiaco) ottenendo il ripristino del ritmo sinusale; durante detto periodo (3 o 4 minuti dalle ore 11,42) l'intero organismo veniva privato dell'apporto di ossigeno o ipoperfuso, con conseguenti danni encefalici irreversibili, stato di coma e condizioni di insufficienza multiorgano, che pur correttamente trattati dal giorno 28.09.2012 in poi, determinavano il decesso della predetta M. V. per insufficienza cardiaca ed edema polmonare acuto terminale il 17.10.2012.

In Palermo il 17.10.2012.

Detto procedimento si è concluso con la sentenza n.5709/2017 emessa dal Tribunale di Palermo, III Sezione penale, di assoluzione ex art. 530, primo comma, c.p.p., perché il fatto non sussiste con la

motivazione che il reato ascritto all'imputato è insussistente per difetto degli elementi costitutivi sul piano oggettivo, prima ancora che sul piano soggettivo, in quanto non vi è prova sufficiente per ritenere, con ragionevole certezza, che vi sia un rapporto di causalità materiale, né un eziologico nesso normativo in termini colposi, tra le condotte menzionate nel capo di accusa e l'evento così come concretamente verificatosi.

Invero, nel giudizio penale sono state in sostanza smentite tutte le circostanze dedotte e le valutazioni medico legali dei consulenti nominati dal P.M. sottese ai capi di imputazione e riproposte a fondamento dell'azione risarcitoria del presente giudizio.

Più precisamente, la sentenza ha dato atto, come riconosciuto anche dai consulenti del P.M., della correttezza della tecnica operatoria scelta dal dott. P., ossia di praticare una endoscopia digestiva in sedazione cosciente, tenuto conto dello stato di ansietà della paziente, che aveva già subito qualche mese prima un esame analogo e quindi, nutrice, comprensibilmente, qualche preoccupazione per il dolore che avrebbe potuto provare, nonché della pratica di tale tipo di sedazione, di regola, da parte dallo stesso endoscopista munito di addestramento adeguato (nella specie comprovato in capo all'imputato per essersi dedicato per un anno ad approfondire le procedure anestesologiche (vedi pag. 8 della motivazione della sentenza citata).

Quanto alla valutazione carente - evidenziata dai consulenti del P.M. - delle pregresse condizioni di salute della donna con particolare riferimento alle "turbe ventilatorie" e allo stato ipertensivo, nonché al blocco di branca destra refertati 7 gg. prima dal cardiologo di fiducia della M., la sentenza ha evidenziato:

- che il referto cardiologico non parlava di "turbe ventilatorie" bensì di "torace ventilato" come gli stessi consulenti del P.M. avevano dovuto ammettere nel corso della loro deposizione e i successivi esami istologici avevano confermato che la M. non soffriva di alcuna patologia respiratoria;
- che dalla documentazione clinica in atti emergeva che lo stato ipertensivo era ampiamente compensato dalla terapia medica già da tempo attuata, tanto che già alla data del referto i valori pressori e di frequenza cardiaca erano nella norma;
- che il blocco di branca destra, secondario alla ipertensione, non costituiva necessariamente un fattore di rischio, al contrario del blocco di branca sinistra (come chiarito dai consulenti della difesa), né tantomeno la M. risultava avere avuto episodi ischemici;
- che dalle stesse deposizioni della infermiera C. (nipote della M.) e dalle sommarie informazioni rese dal coniuge della M. e acquisite al giudizio penale era emerso che la M. non presentava condizioni di salute anomale quando si era presentata all'esame, sicché, trattandosi di paziente da qualificare a basso rischio secondo i protocolli medici in atti, la presenza dell'anestesista non appariva necessaria, come invece sarebbe stata se si fosse dovuto eseguire l'esame in sedazione profonda.

Quanto al lamentato erroneo dosaggio del Midazolam, la sentenza ha accertato, sulla base della testimonianza dell'infermiera C., che il predetto farmaco venne somministrato alla paziente in dosi frazionate (un bolo di 2 ml un paio di minuti prima dell'inizio degli esami, successivamente, al bisogno, piccoli boli diluiti con soluzione fisiologica quando la paziente si lamentava) e non in un'unica soluzione, tanto che, diversamente, gli eventi avversi indicati dai P.M. sarebbero dovuti esordire nell'arco di pochi minuti e non dopo ben 50 minuti.

Condivisibilmente, la sentenza ha evidenziato che l'annotazione della somministrazione sulla cartella clinica è stata effettuata, come emerso dalla testimonianza della infermiera C., su modello prestampato ove vi è spazio soltanto per la tipologia di farmaco e per il dosaggio totale, senza dettagli sui modi e sui tempi, sicché l'indicazione di 5 ml non è decisiva per ritenere la somministrazione effettuata in unica soluzione anziché frazionata.

A riprova della correttezza della ricostruzione la sentenza penale evidenzia che, ove il farmaco fosse stato somministrato in unica soluzione all'inizio, gli eventi avversi avrebbero dovuto esordire dopo pochi minuti, mentre la paziente era rimasta collaborante per tutta la durata degli esami.

La sentenza non ha riscontrato neppure come rispondente a verità la condotta omissiva addebitata consistita nell'aver effettuato un monitoraggio carente della paziente durante le procedure endoscopiche, avendo accertato la non necessità dell'uso della capnometria - come affermato dagli

stessi consulenti del P.M. – e di contro, l'avvenuto costante monitoraggio dei parametri vitali, sia con riferimento alla saturazione dell'ossigeno, che alla frequenza cardiaca con appositi macchinari presenti nella sala operatoria, nonché attraverso l'osservazione visiva, non essendo la paziente coperta da teli chirurgici.

Per quanto concerne le manovre di rianimazione cardiopolmonari eseguite dal P., la sentenza ne evidenzia la indimostrata inidoneità, non essendo in generale scontata la risposta benefica alle sia pure congrue manovre di RCP adottate e attesa l'impossibilità anche da parte dei consulenti del P.M. di accertare se l'arresto cardiaco fosse da correlare a fibrillazione ventricolare e il ritmo con cui fosse esordito.

Nessuna delle parti ha attestato il passaggio in giudicato della sentenza di primo grado, nè ha, di contro, documentato un eventuale appello.

In ogni caso, secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte di Cassazione – cui si aderisce – *“Nei poteri del giudice in tema di disponibilità e valutazione delle prove rientra quello di fondare il proprio convincimento su accertamenti compiuti in altri giudizi fra le stesse od anche fra altre parti, quando i risultati siano acquisiti nel giudizio della cui cognizione egli è investito, potendo chi vi abbia interesse contestare quelle risultanze ovvero allegare prove contrarie.”* ( in termini la massima di Cass. n.8603/2017; conformi Cass. n.25067/2018, n.840/2015 e n. 3102/2002).

Nel presente giudizio è stata ritualmente acquisita gli atti la sentenza che ha definito il processo penale di primo grado

Nel presente giudizio, peraltro, si è ritenuto di disporre c.t.u. per un maggiore approfondimento, proprio in quanto non risultava il passaggio in giudicato della sentenza penale e, a fronte della relazione dei consulenti del P.M. di affermazione della responsabilità, nel dibattimento penale non era stata disposta c.t.u..

Il Collegio di cc.tt.uu.. nominato nel corso del presente giudizio, composto dai dott.ri Renato Tona (medico legale) e Silvia Alizzi (specialista in gastroenterologia), ha confermato l'esclusione di qualsiasi responsabilità del medico che ha proceduto agli esami endoscopici e della struttura, fornendo le seguenti risposte ai quesiti:

**“RISPOSTE AI QUESITI n.° 1 e 2:** *Dalla documentazione presente agli atti si conferma che le indagini sanitarie (EGDS e colonscopia) a cui la signora M. V. è stata sottoposta in data 28.09.2012 presso l'ambulatorio di Endoscopia dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale a Indirizzo Oncologico del Policlinico di Palermo, erano indicate rispetto al sospetto diagnostico di possibili fenomeni emorragici del tubo digerente, in soggetto con anemia di natura da determinare. Le manovre endoscopiche, per quanto emerge in atti, sono state effettuate con sostanziale rispetto delle raccomandazioni delle linee guida all'epoca di utilizzo nel settore, fra le quali sono da considerarsi come riferimento le linee guida SIED (società italiana Endoscopia digestiva) del 2006 che nascono dalla collaborazione con la Società italiana di Anestesia Analgesie Rianimazione e terapia intensiva –SIAARTI. Non sussistono elementi da cui si evincano omissioni o il mancato rispetto di tali procedure o protocolli da parte dei convenuti sia nelle fasi delle manovre endoscopiche sia in quelle successive e fino all'exitus della paziente.*

**RISPOSTA AI QUESITI n.° 3 e 4** *La visita specialistica cardiologica eseguita, in data 21.09.2012, in fasi immediatamente precedenti rispetto alla procedura diagnostica contestata, segnalava un blocco di branca destro completo. Il blocco di branca è un tipo di blocco di conduzione che prevede un'interruzione parziale o completa del flusso di impulsi elettrici attraverso la branca destra o la sinistra. Il blocco di branca di solito non causa sintomi. Il blocco di branca destra è ben evincibile attraverso l'esame elettrocardiografico e non rappresenta un dato indicativo di un quadro patologico e non desta di norma preoccupazione, potendosi riscontrare anche in soggetti apparentemente sani. Tuttavia, può indicare, in alcuni casi, un danno cardiaco significativo dovuto, per esempio, a un pregresso attacco cardiaco (non evincibile nel caso di specie da altri dati elettrocardiografici). Rilievo maggiore assume, invece, il blocco di branca sinistra che è tendenzialmente più grave. Negli anziani, spesso indica coronaropatia dovuta ad aterosclerosi. La maggior parte dei casi di **blocco di branca sinistra** sono dovuti a qualche tipo di malattia di cuore, nel caso del **blocco di branca destra**, questo è molto comune e spesso non associato a problemi cardiaci evidenti. In alcuni casi (poco frequenti), il blocco di branca destra riscontrato in un elettrocardiogramma può essere il segnale precoce di anomalia cardiaca presente alla nascita (congenita), come il **difetto del setto interatriale**, un pregresso attacco cardiaco (**infarto miocardico**), una infezione virale o batterica del muscolo cardiaco (**miocardite**), pressione*

alta (ipertensione) un coagulo di sangue nei polmoni (**embolia polmonare**). Se il **blocco di branca destro** è asintomatico e non correlato con patologie cardiache, non necessita di un trattamento specifico, non pregiudica la propria vita o il proprio stile di vita, e non determina alcuna limitazione per attività fisiche anche intense. Cautele e accertamenti ulteriori sono necessari nei casi non frequenti in cui i soggetti portatori di blocco di branca presentino anche alcuni segni e sintomi, come episodi di svenimento (**sincope**) o sensazione di svenire (**presincope**), mal di testa durante le attività fisiche intensi o rallentamenti sintomatici (percepiti come sgradevoli) del battito cardiaco (**bradicardia**). Si tratta di segni e sintomi che generalmente allarmano il paziente e sono segnalati alla raccolta anamnestica.

Tornando al caso di specie il mero dato elettrocardiografico riscontrato sulla signora M. all'indagine del 21.09.2012, in assenza di altre condizioni patologiche o di sintomi di particolare rilievo, non imponeva o indicava l'effettuazione di ulteriori approfondimenti clinici e strumentali preliminari agli esami endoscopici, né l'attivazione di percorsi specifici e di assistenza destinata a soggetti a rischio.

La scelta di effettuare l'endoscopia in sedazione cosciente messa in atto dai sanitari del Policlinico di Palermo era da considerarsi congrua in relazione alle condizioni cliniche preesistenti della paziente e alla necessità di eseguire contestualmente una duplice procedura (esofago-gastroscopia e colonscopia) per evitare di effettuare in due differenti sedute con conseguente doppia traumatizzazione e doppia sedazione. La signora M. V. non presentava condizioni patologiche note o evincibili che imponessero la presenza di un anestesista al momento dell'endoscopia. La tipologia di analgo-sedazione – sedazione cosciente – è effettuabile da sanitari non anestesisti, potendo la “sedazione cosciente” essere realizzata con farmaci gestibili da non anestesisti ma, comunque, da personale adeguatamente preparato e aggiornato e che abbia maturato un training specifico nella tipologia di trattamento.

Rispetto ai profili individuati ai nn. da 1 a 9 dell'atto di citazione, alcuni dei quali già approfonditi precedentemente, vi si risponde di seguito punto per punto.

Punti n.° 1-2: la signora M. V. all'esito della visita cardiologica con elettrocardiogramma effettuato in data 21.09.2012 non presentava problematiche cardiologiche evidenziabili che avrebbero imposto o consigliato la presenza di un anestesista al momento dell'esecuzione delle procedure endoscopiche. Rispetto alle “turbe ventilatorie”, che si ritiene il cardiologo abbia segnalato nel predetto referto chi scrive non ha riscontrato tale specifica annotazione. Pur premettendo che l'interpretazione del referto non è affatto agevole perché documento vergato con grafia in alcuni passaggi scarsamente leggibile, ciò nondimeno la parte grafica interpretata come “turbe ventilatorie” sembra in verità doversi leggere semplicemente come “torace ventilato”, che è un dato obiettivo fisiologico e non patologico ed escluderebbe la sussistenza di grossolane problematiche respiratorie e la conseguente necessità di ulteriori approfondimenti preliminari...

Punto n.° 3: Non si ritiene di formulare specifiche censure rispetto all'operato dei sanitari in relazione all'utilizzo del midazolam sia per il quantitativo del farmaco (5 mg totale) sia per la modalità di somministrazione effettuata – secondo quanto emerso dal procedimento penale avente oggetto la vicenda – in maniera refratta e non in bolo unico.

Punti n.° 4-5-6: - Risulta documentato che nel corso dell'esecuzione degli esami endoscopici furono monitorati i principali parametri della signora M. (pressione arteriosa, saturazione, in soggetto cui veniva somministrato ossigeno). L'indagine poteva essere seguita dall'endoscopista anche senza anestesista, posto che le condizioni patologiche non implicavano l'obbligo di averne uno in equipe. L'anestesista era comunque reperibile nella struttura ospedaliera ove l'esame venne effettuato e il professionista sopraggiunse in tempi rapidi dopo l'accidente e fu tempestiva (secondo la cronologia riportata nella documentazione in atti) l'effettuazione delle manovre rianimatorie. Nel caso specifico, l'indagine è stata, infatti, effettuata in un ambulatorio situato in una struttura ospedaliera dotata di specialisti e reparti idonei a gestire immediate complicanze (U.O.C. di Anestesia e Rianimazione con Terapia Intensiva Polivalente e Cardiologia). A riprova di ciò il fatto che, a seguito dell'arresto cardiocircolatorio, intervennero rapidamente non solo l'anestesista reperibile ma anche il cardiologo (giunti in circa 3 minuti, secondo quanto riportato in atti).

Punto n.°7-8: Non sussistevano sulla signora M. V. condizioni patologiche preesistenti note che avrebbero consigliato di ridurre il dosaggio di midazolam rispetto al limite posologico abitualmente utilizzato; il farmaco ha possibili effetti avversi quali l'arresto cardiocircolatorio, malauguratamente verificatosi nel caso in esame, che ha innescato le sequele cliniche, con ipossia/ischemia cerebrale e l'insufficienza multiorgano che ha determinato conclusivamente il decesso.

Punto n.°9: La documentazione disponibile (diario infermieristico) testimonia che sulla signora M., venne

*effettuato in corso di procedura, il monitoraggio di alcuni dei parametri vitali risultati nella norma.*

*Rispetto, invece, ai punti di cui alle lettere c) e d) della comparsa di costituzione e risposta dell'Azienda si conferma che nella cartella infermieristica non si segnalavano patologie concomitanti (di natura cardiovascolare e respiratoria, diabete, glaucoma né assunzione di terapia anticoagulante, a fronte di assunzione di terapia antiaggregante) dichiarate della signora M. V. ma questa era comunque portatrice di ipertensione arteriosa e di blocco di branca destra per come evidenziato alla visita cardiologica con elettrocardiogramma che non è noto se sia stato esibito prima dell'esecuzione dell'indagine endoscopica e non si comprende se la mancata segnalazione di problemi cardiovascolari sia legato a trascuratezza nella raccolta anamnestica o a mancata segnalazione della stessa paziente; in ogni caso tale dato sarebbe stato irrilevante posto che anche qualora noti i dati cardiologici emersi dalla documentazione sanitaria antecedente non rappresentavano condizioni patologiche che consigliavano approfondimenti specialistici preventivi all'esecuzione dell'indagine.*

*A integrazione delle risposte ai quesiti si segnala come neanche nelle attività cardiorianimatorie e in quelle immediatamente successive all'esecuzione dell'esame endoscopico si sono riscontrati comportamenti negligenti o imperiti da parte dei sanitari intervenuti.*

*La signora M. V. ha manifestato un evento avverso, previsto fra le complicanze, seppur raro, e i cui effetti dannosi non sono sempre prevenibili, come avvenuto nel caso in esame. Le complicanze quali quelle verificatesi sono contemplate e previste e, quindi, insite alla procedura e alla sedazione farmacologica.*

*Gli eventi avversi più frequenti (depressione, respiratoria e ipotensione) si possono, infatti, verificare con frequenza variabile da 0,47% fino a 17% (Riantaflidis JK Merikas E, Nikolakis D, Papalois AE. Sedation in gastrointestinal endoscopy: Current issues World J Gastroenterol 2013;19(4):463-81) e non sono riferibili, per quanto evincibile dall'esame della documentazione in atti, a imperizia da parte del personale operante presso la struttura ospedaliera convenuta.*

*Il decesso è correlato al complicarsi del quadro clinico per le sequele innestate dell'arresto cardiocircolatorio seguito alla procedura e alla sedoanalgesia." (vedi pagg. 24 -29 della relazione di c.t.u.).*

*Il Collegio ha altresì fornito chiarimenti esaustivi in ordine alle osservazioni critiche formulate dalle parti attrici, evidenziando che il blocco di branca destro completo non ha, di norma (a differenza di quello sinistro), significato clinico se non associato ad altre condizioni patologiche cardiache accertate e dall'esame elettrocardiografico del 21.09.2012 non emergevano condizioni patologiche cardiache della M. che fornissero una indicazione a effettuare ulteriori approfondimenti clinici e strumentali preliminari alle indagini endoscopiche né all'attivazione di percorsi specifici e di assistenza destinata ai soggetti a rischio.*

*In merito al riscontro di anemia in fasi precedenti all'esecuzione del trattamento endoscopico, il Collegio ha segnalato come tale condizione rappresentava non già una controindicazione ma, al contrario, un'indicazione all'esecuzione dell'indagine, in soggetto per cui tale problematica patologica non si rifletteva dando ripercussioni evidenti, ad esempio, sulla saturazione di ossigeno (SpO2 fra 100 e 98% in corso di procedura).*

*Il Collegio ha infine precisato che, dalla istruttoria del processo penale, è emerso che il farmaco Midazolam è stato somministrato in modo frazionato e non in unico obolo e che il dosaggio complessivo è stato contenuto nei limiti previsti dalle linee guida.*

*A tali conclusioni questo giudice ritiene di doversi uniformare, essendo le stesse supportate, oltre che dai necessari rilievi di competenza specifica, da un iter argomentativo lineare e rigoroso ed avendo pure il Collegio replicato in modo esauriente alle osservazioni critiche mosse da parte attrice. Non sussistono quindi i presupposti per accogliere la richiesta di parte attrice - reiterata nelle note di trattazione scritta di precisazione delle conclusioni e nella comparsa conclusionale - di rinnovazione della consulenza e per ammettere le prove orali.*

*Invero, anche le prove testimoniali dirette a dimostrare l'avvenuta consegna del certificato dell'esame cardiologico del 21.09.2012 da parte dei familiari al personale sanitario dell'Azienda Ospedaliera sono superflue tenuto conto delle condizioni non patologiche che emergono dal certificato.*

*D'altro canto, la contraddizione rilevata dagli attori secondo cui il Collegio avrebbe dato per scontato che il sanitario che ha proceduto agli esami endoscopici fosse dotato delle necessarie competenze*

per la sedazione cosciente è smentita dalle risultanze del processo penale ed inoltre dalla valutazione condivisibile dei CTU secondo cui gli esami sono stati effettuati presso una struttura dotata di tutti i reparti, tant'è che l'anestesista e il cardiologo intervennero a 3 minuti dal completamento dell'esame. Alla luce delle considerazioni che precedono, la domanda di risarcimento formulata dagli attori deve essere rigettata, non essendo dimostrata la sussistenza di una condotta colposa del dott. P. e dell'Azienda Ospedaliera convenuta, né del nesso causale tra la morte della paziente e la condotta tenuta dal P. e dalla struttura.

Resta assorbito l'esame della domanda di manleva proposta dal P. contro la compagnia assicurativa Unipolsai.

Per quanto concerne le spese legali, sussistono i presupposti per la compensazione integrale delle spese legali tra tutte le parti del giudizio.

Invero, all'epoca della introduzione del giudizio civile da parte degli attori, era stata espletata soltanto la consulenza medico legale da parte dei consulenti del P.M. - favorevole agli attori - e il Gup aveva disposto il rinvio a giudizio dell'imputato (la sentenza penale di primo grado è intervenuta infatti nel corso della fase istruttoria del presente giudizio), sicché vi erano forti indizi di fondatezza della domanda risarcitoria e risultava difficile per gli attori comprendere l'assenza di responsabilità del medico.

L'esclusione della responsabilità è emersa temporalmente soltanto a seguito del deposito della sentenza penale e, soprattutto, all'esito del deposito della relazione di c.t.u. nel presente giudizio.

Inoltre, deve tenersi in debito conto il comportamento processuale degli attori, i quali avevano aderito alla proposta conciliativa formulata, dopo l'esito della c.t.u., da questo giudice ex art. 185 bis c.p.c. di abbandono del giudizio a spese compensate, proposta cui avevano aderito anche l'Azienda convenuta e la compagnia assicurativa chiamata in causa dal sanitario convenuto e che è stata rifiutata - sia pure motivatamente - soltanto dal convenuto P..

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio, invece, vanno poste definitivamente a carico degli attori.

p.q.m.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa:

- rigetta la domanda proposta da M. F., M., A., C. e S., tutti in proprio e nella qualità di eredi di M. V. con atto di citazione notificato il 17 ottobre 2016;
- - dichiara interamente compensate tra le parti le spese del giudizio;
- pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio definitivamente a carico degli attori.

Palermo, 8 gennaio 2021.

**IL GIUDICE**  
*dott.ssa Angela Notaro*

*La presente sentenza viene redatta su documento informatico e sottoscritta con firma digitale dal Giudice Angela Notaro, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del Ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.*